Samenvattend rapport

Rechtmatigheid uitvoering Zorgverzekeringswet 2012

Onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht

oktober 2013

Inhoud

Vooraf

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) houdt toezicht op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw) door zorgverzekeraars. Dit is geregeld in artikel 16 van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg). Bij de toezichtactiviteiten staat het consumentenbelang – de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg – centraal.

In deze rapportage richt de NZa zich op de rechtmatige uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars op de onderdelen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht. Op verschillende manieren is onderzocht of de zorgverzekeraars zich in 2012 hebben gehouden aan deze wettelijke verplichtingen. Bovendien schenken wij aandacht aan ons toezicht op modelovereenkomsten en transparantie.

Uit onze onderzoeken, ontvangen signalen en overige informatie volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars zich niet hebben gehouden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht.

Transparantie blijft een belangrijk aandachtspunt. Zorgverzekeraars moeten transparant zijn over de zorgaanbieders die zij hebben gecontracteerd en over de consequenties van het gebruik van niet-gecontracteerde zorg. Tijdige en duidelijke informatieverstrekking hierover wordt steeds belangrijker omdat zorgverzekeraars in toenemende mate selectief contracteren. Bovendien is een wetsvoorstel in behandeling waardoor zorgverzekeraars de mogelijkheid krijgen om in hun polissen de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geheel uit te sluiten.

Zorgverzekeraars hebben ook een aantal belangrijke taken in het kader van de risicoverevening. Dit rapport zegt niets over deze taken of over de controle-activiteiten van zorgverzekeraars. Hierover en over de uitkomsten van het vereveningsonderzoek brengt de NZa in februari 2014 een afzonderlijk rapport uit: het Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012, onderdeel vereveningsonderzoek.

De Nederlandse Zorgautoriteit,

dr. M.E. Homan
plv. voorzitter Raad van Bestuur

Managementsamenvatting

De NZa is verantwoordelijk voor het toezicht op de rechtmatige uitvoering van de Zvw. Daarbij gaat het onder meer om de naleving door zorgverzekeraars van de zorgplicht, de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en transparantieverplichtingen. Dit rapport gaat in op de uitvoering van deze onderdelen in 2012 en de bevindingen van de NZa hierover.

Toezicht NZa
Uit de toezichtwerkzaamheden volgen geen indicaties dat de zorgverzekeraars zich in 2012 niet hebben gehouden aan de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie of de zorgplicht. Deze bevinding is gebaseerd op uitgevoerde onderzoeken, signalen, de uitvoeringsverslagen (met bijbehorende accountantsrapporten) en de beoordeling van modelovereenkomsten.

Dit rapport zegt echter niets over de controle-activiteiten van zorgverzekeraars op declaratiestromen. Zoals de formele en materiële controles en de controles op gepast gebruik en op misbruik en oneigenlijk gebruik. In het Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012 (onderdeel vereveningsonderzoek) komen deze onderwerpen aan de orde. Op basis van de uitkomsten van het vereveningsonderzoek over 2011 ziet de NZa hier veel ruimte voor verbetering.

Consultatieronde medisch specialistische zorg
De NZa heeft in 2012 een consultatieronde gehouden om te onderzoeken hoe zorgverzekeraars omgaan met de open normen voor de zorgplicht voor medisch specialistische zorg. De NZa concludeert dat de huidige open normen op dit moment voldoende houvast bieden om het naleven van de zorgplicht te borgen. Wij zien daarom op dit moment geen aanleiding om de open normen voor medisch specialistische zorg nader in te vullen.

Transparantie
De NZa heeft actie ondernomen om de transparantie van informatieverstrekking door zorgverzekeraars te verbeteren. Onder meer door self assessments bij zorgverzekeraars en door het uitvoeren van onderzoek naar de informatieverstrekking bij selectief contracteren.

Self assessments
In 2012 heeft de NZa de self assessments van zorgverzekeraars gecontroleerd op de toetspunten gecontracteerd zorgaanbod, het preferentiebeleid geneesmiddelen en het vergoedingenoverzicht. Vooral de informatieverstrekking over het gecontracteerd zorgaanbod en het preferentiebeleid geneesmiddelen was niet altijd volledig. De NZa heeft de betreffende zorgverzekeraars hierop aangesproken waarna zij hun informatieverstrekking hebben aangepast. Deze informatie is nu in lijn met de NZa beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten.

Informatieverstrekking selectief contracteren
Uit het uitgevoerde onderzoek blijkt dat alle zorgverzekeraars hun verzekerden informeren over de gevolgen van selectief contracteren van zorgaanbieders als deze hierom vragen (reactief). Slechts één zorgverzekeraar informeert zijn verzekerden actief. De NZa ziet graag dat de andere zorgverzekeraars hier een voorbeeld aan nemen. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars hun verzekerden actief informeren zodat deze niet voor verrassingen komen te staan als voor hen iets relevants verandert. De keuze voor het meest geschikte medium is aan de zorgverzekeraar.

Signaaltoezicht
In 2012 ontving de NZa in totaal 182 signalen over zorgverzekeraars. Dit is ruim vijf keer zoveel als in 2011. Deze stijging werd onder andere veroorzaakt door het vrijgeven van de prijzen in de mondzorg in 2012, de toegenomen media aandacht voor zorg en het grotere financiële belang van verzekerden bij het gebruik van zorg (verhoging van het verplicht eigen risico en de eigen bijdragen). Bijna de helft van de ontvangen signalen ging over de mondzorg. Veel van de overige signalen hadden betrekking op het preferentiebeleid farmacie en transparantie.

Bovendien was er een behoorlijk aantal signalen dat het voor verzekerden soms moeilijk is om inzicht te krijgen in rekeningen van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars gebruiken vaak ten onrechte ‘privacy’ als argument om geen specificatie te verstrekken en verwijzen verzekerden naar de zorgaanbieder.

In de Jaarrapportage Signaaltoezicht van augustus 2013 geeft de NZa concreet en gedetailleerd aan welke acties en interventies zijn ondernomen voor opvolging van de in 2012 ontvangen signalen.

Uitvoeringsverslagen
Uit de beoordeling van de uitvoeringsverslagen constateren wij dat zorgverzekeraars steeds meer aandacht besteden aan de zorgplicht. Zorgverzekeraars geven aan dat zij kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg voldoende waarborgen. En dat zij zich naar hun mening voldoende voorbereiden op eventuele continuïteitsproblemen bij zorgaanbieders. Knelpunten in de beschikbaarheid van bepaalde zorgvormen in specifieke regio’s worden volgens de zorgverzekeraars voldoende aangepakt. Uit de verslagen blijken geen grote verschillen tussen de zorgverzekeraars wat betreft de naleving van de zorgplicht. Continuïteit van zorg en (selectieve) zorginkoop zijn belangrijke focuspunten. Alle zorgverzekeraars geven in hun uitvoeringsverslag aan dat zij de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie naleven.

Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie
De NZa heeft geen indicaties of signalen ontvangen over overtreding van de acceptatieplicht of het verbod op premiedifferentiatie. In 2013 verricht de NZa aanvullend onderzoek naar de acceptatieplicht voor de basisverzekering vanwege het belang van deze publieke randvoorwaarde.

Overmacht
Per 1 januari 2013 is het steunbeleid van de NZa afgeschaft. Uitgangspunt is geen overheidsverantwoordelijkheid bij faillissementen in de zorg. De zorgverzekeraar is samen met de zorgaanbieder als eerste verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorg.

Uitsluitend voor de beschikbaarheid van cruciale zorg kan een zorgverzekeraar bij de NZa een beroep doen op overmacht. Voorwaarde is dat de zorgverzekeraar buiten zijn schuld niet kan voldoen aan de zorgplicht voor cruciale zorg. De NZa toetst of het beroep of overmacht terecht is en informeert het ministerie van VWS over de uitkomst van haar toetsing. In geval van overmacht kan de minister besluiten om voor de continuering van cruciale zorg een vangnetstichting op te richten. Als er geen sprake is van overmacht dan moet de zorgverzekeraar zélf de continuïteit waarborgen. Als de zorgverzekeraar hierin onvoldoende verantwoordelijkheid neemt en daardoor niet voldoet aan zijn zorgplicht dan kan de NZa zo nodig handhavingsinstrumenten inzetten.

Hoogte vergoeding niet-gecontracteerde zorg
Begin 2013 is er een rechterlijke uitspraak geweest over de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg[1]. Een zorgverzekeraar had de vergoeding voor niet-gecontracteerde tweedelijns GGZ-zorg beperkt tot 50%. De rechter oordeelde, in afwijking van de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht van de NZa, dat dit te laag was en daarom een belemmering vormde voor het inroepen van deze zorg.

Transparantie zorgkosten
Zorgverzekeraars worden verplicht om hun verzekerden een volledig, juist en controleerbaar overzicht te verstrekken van de betalingen aan zorgaanbieders, het verrekende eigen risico en de ingehouden eigen bijdragen. Op die manier kunnen verzekerden declaraties beter controleren en eventuele onjuistheden signaleren. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg. De NZa wordt mogelijk bevoegd om deze verplichting bij zorgverzekeraars af te kunnen dwingen.

Zorgplicht farmacie
In 2013 heeft de NZa onderzoek gedaan naar naleving van de zorgplicht voor farmacie. Dit onderzoek is uitgevoerd met inbreng van individuele zorgverzekeraars en de branche-organisatie van openbare apothekers. Zorgverzekeraars zijn aangesproken op een goede en duidelijke inkoop van prestaties. Dit onderzoek krijgt in 2014 een vervolg. Zo nodig zal de NZa formele maatregelen nemen als zorgverzekeraars hun zorgplicht niet of onvoldoende naleven.

[1] Deze uitspraak is in hoger beroep bekrachtigd.

1. Inleiding

1.1 Inleiding

De NZa maakt elk jaar een samenvattend rapport over de uitvoering van de Zvw door zorgverzekeraars. Het rapport wordt voor 1 november toegestuurd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Dit is geregeld in artikel 24 Wmg.

Dit rapport zegt niets over de controle-activiteiten van zorgverzekeraars op declaratiestromen. Zoals de formele en materiële controles en de controles op gepast gebruik en op misbruik en oneigenlijk gebruik. Over deze onderwerpen en de uitkomsten van het vereveningsonderzoek rapporteert de NZa in februari 2014 in het Samenvattend rapport rechtmatigheid uitvoering Zvw 2012, onderdeel vereveningsonderzoek. Op basis van de uitkomsten van het vereveningsonderzoek over 2011 ziet de NZa hier veel ruimte voor verbetering.

Hoofdstuk 1 bespreekt het doel van dit rapport. Daarnaast schenken wij aandacht aan signaaltoezicht, uitvoeringsverslagen, de focus van onze toezichtactiviteiten en relatiebeheer.

Hoofdstuk 2 gaat over de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars. Vaste onderdelen zijn de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. Ook bespreken wij de analyse van de uitvoeringsverslagen en modelovereenkomsten. Het hoofdstuk eindigt met onze conclusie.

Hoofdstuk 3 heeft als onderwerp transparantie. Met een bespreking van de uitgevoerde self assessments en selectief contracteren. Ook dit hoofdstuk sluiten wij af met een conclusie.

Hoofdstuk 4 geeft een vooruitblik naar ons beleid en activiteiten voor 2013. Zoals ons beleid bij overmacht, de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg, transparantie van zorgkosten en zorgplicht farmacie. Met afsluitend onze conclusie.

Dit samenvattend rapport en het samenvattend rapport over de risicoverevening is openbaar en komt te staan op www.nza.nl.

De beleidsregels waarnaar wij in dit rapport verwijzen zijn te vinden op www.nza.nl/regelgeving.

1.2 Doel

Met dit rapport informeren wij de minister van VWS en het CVZ over de uitvoering van de Zvw door de zorgverzekeraars in afgelopen kalenderjaar. Wij zien er onder meer op toe dat zorgverzekeraars zich houden aan de wettelijke verplichtingen acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie en zorgplicht.

Voor de totstandkoming van dit rapport en is gebruik gemaakt van door de NZa uitgevoerde onderzoeken, signalen, de uitvoeringsverslagen van de zorgverzekeraars (met bijbehorende accountantsrapporten) en de beoordeling van modelovereenkomsten.

Het rapport concentreert zich op verslagjaar 2012. Wij schenken ook aandacht aan ontwikkelingen in de eerste helft van 2013 als deze van invloed zijn op het beeld over 2012.

1.3 Uitvoeringsverslagen

Zorgverzekeraars leggen via een uitvoeringsverslag of maatschappelijk verslag jaarlijks verantwoording af over de uitvoering van de Zvw. De accountant van de zorgverzekeraar onderzoekt het uitvoeringsverslag en legt zijn bevindingen vast in een rapport (zie paragraaf 2.1). De NZa toetst de verantwoordingen van de zorgverzekeraars onder meer op naleving van de zorgplicht, acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie. Het totaaloordeel over de naleving van deze wettelijke verplichtingen is niet alleen gebaseerd op de uitvoeringsverslagen maar ook op ontvangen signalen, uitgevoerde onderzoeken en de beoordeling van modelovereenkomsten.

De NZa constateert dat zorgverzekeraars in de uitvoeringsverslagen elk jaar meer aandacht besteden aan de verantwoording over de uitvoering van de Zvw. Dit jaar vooral door de wijze waarop zij invulling geven aan het nakomen van de zorgplicht en het verbeteren van transparantie. Zie paragraaf 2.2 voor een analyse van de uitvoeringsverslagen.

1.4 Signalen

De NZa ontvangt op diverse manieren vragen, meldingen en klachten. Zowel van consumenten, zorgaanbieders als van zorgverzekeraars. Deze meldingen kunnen een signaal zijn over een ongewenste situatie in de zorg. Signalen zijn belangrijk omdat deze een indicatie geven over problemen en risico’s. Bij het behandelen van signalen werkt de NZa samen met andere toezichthouders en het Openbaar Ministerie.

Het aantal signalen over zorgverzekeraars vertoont de afgelopen jaren een grillig verloop. In 2012 is het aantal signalen sterk gestegen. Zie onderstaand overzicht met het totaal aantal signalen.

Totaal aantal signalen

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Ziektekostenverzekeraars	82	52	70	69	35	182

Bron: NZa Database signalen, peildatum: januari 2013

In 2012 heeft de NZa in totaal 182 signalen ontvangen. Dit is ruim vijf keer zoveel als in 2011 (35 signalen). Deze stijging zet zich door. In de eerste helft van 2013 zijn al 175 signalen ontvangen.

Bijna de helft van het aantal signalen in 2012 ging over de sector mondzorg. Andere signalen betroffen onder meer het preferentiebeleid farmacie van zorgverzekeraars en de onderwerpen transparantie en misleiding. Ook ontving de NZa signalen dat het voor verzekerden soms moeilijk is om inzicht te krijgen in rekeningen van zorgaanbieders. Zie voor meer informatie paragraaf 2.5 en paragraaf 3.1.

Voor de toename van het aantal signalen zijn verschillende redenen. Vanaf 2012 heeft de NZa een andere manier van registreren waarbij wij elke melding als signaal aanmerken. Daarnaast leidde het in 2012 gestarte experiment met vrije prijzen in de mondzorg tot relatief veel signalen. Ook speelt een rol dat de zorg steeds meer aandacht krijgt in de media (fraude, kosten) en dat verzekerden een groter financieel belang hebben bij het gebruik van zorg als gevolg van de verhoging van het eigen risico en de eigen bijdragen

In de Jaarrapportage Signaaltoezicht van augustus 2013 (www.nza.nl) geeft de NZa concreet en gedetailleerd aan welke acties en interventies zijn ondernomen voor opvolging van de in 2012 ontvangen signalen.

De belangrijkste signalen over de uitvoering van de Zvw zijn opgenomen in hoofdstuk 2 en 3 van dit rapport.

1.4 Focus

De NZa hanteert een risico gebaseerde en probleemgerichte aanpak voor de toezicht- en handhavingsactiviteiten. De NZa prioriteert haar toezichtwerkzaamheden aan de hand van een risicoanalyse en richt zich op de belangrijkste problemen in de zorg. Dit is een dynamisch proces: afhankelijk van de actualiteit kunnen prioriteiten veranderen.

Doelstelling is effectief en doelmatig toezicht. Waarbij wordt ingegrepen waar daadwerkelijk een belangrijk probleem bestaat en de belangen kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van zorg in het geding zijn.

Met het toezicht wil de NZa bereiken dat het zorgstelsel goed werkt en dat de verschillende partijen hun rol adequaat vervullen. De toezicht en handhavingsactiviteiten van de NZa zijn erop gericht dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich uit eigen wil en beweging aan de regels houden. Als een zorgverzekeraar de verplichtingen niet of onvoldoende nakomt dan heeft de NZa een aantal handhavingsinstrumenten om naleving af te dwingen. Niet iedere overtreding wordt direct gevolgd door een sanctie. Met een andere aanpak kan soms beter en sneller worden bereikt dat het stelsel werkt.

De eerste jaren na de invoering van de Zvw in 2006 is intensief aandacht besteed aan alle verschillende aspecten van deze wet. Op grond van de ervaringen van de afgelopen jaren focussen wij onze activiteiten nu meer op bepaalde onderdelen. Zoals onderwerpen waarover de NZa relatief veel signalen ontvangt en waar de risico’s met negatieve gevolgen voor de consument het grootst zijn. Dit heeft geleid tot proactief toezicht op de acceptatieplicht, zorgplicht, transparantie en modelovereenkomsten en reactief toezicht op het verbod op premiedifferentiatie. Proactief wil zeggen dat de NZa zelf actief onderzoek doet op deze gebieden. Bij reactief toezicht acteert de NZa op basis van ontvangen signalen.

1.5 Relatiebeheer

De NZa houdt in het kader van relatiebeheer een jaarlijkse gespreksronde bij zorgverzekeraars. Bovendien is er regelmatig overleg met De Nederlandsche Bank (DNB) en andere toezichthouders.

Gespreksronde zorgverzekeraars
Jaarlijks spreekt de NZa op bestuurlijk of directieniveau met alle zorgverzekeraars. Zowel over thema's die sector breed spelen als over specifieke aangelegenheden bij de individuele zorgverzekeraar. De gespreksronde geeft ons meer inzicht hoe zorgverzekeraars inspelen op diverse ontwikkelingen en tegen welke knelpunten zij aanlopen. Zowel de NZa als de zorgverzekeraars ervaren de gespreksronde als positief. Wij zetten de gespreksronde daarom in 2013 voort.

Bij de gespreksronde 2012 zijn onder andere de onderwerpen zorgplicht, selectieve contractering en gepast gebruik aan de orde geweest. Bij de zorgplicht is gesproken over de consultatieronde medisch specialistische zorg (zie paragraaf 2.5). Bij selectieve contractering bespraken wij de afronding van de contractering voor het nieuwe polisjaar. Er ligt een wetsvoorstel om te bevorderen dat zorgverzekeraars uiterlijk zes weken voor de start van een nieuw polisjaar de contractering hebben afgerond. Zorgverzekeraars moeten de zorgkosten volledig vergoeden als niet tijdig bekend is bij welke zorgaanbieders verzekerden in het nieuwe polisjaar terecht kunnen. Voor consumenten is dan tijdens de overstapperiode duidelijk welke zorgverzekeraar welke zorgaanbieders heeft gecontracteerd. Zorgverzekeraars gaven aan dat zij proberen de contractering te versnellen, maar dat het in de praktijk erg lastig is om alle onderhandelingen voor half november af te ronden.

Overleg NZa-DNB
Het toezicht van DNB en het toezicht van de NZa raken elkaar op het gebied van de bedrijfsvoering van zorgverzekeraars. Daarom is er periodiek overleg met DNB over het toezicht op de zorgverzekeraars. Daarbij gaat het onder andere om controle activiteiten en financiële verantwoordingen. Daar waar mogelijk trekt de NZa samen op met DNB of doet gezamenlijk onderzoek. Doelstelling is om elkaars optreden – ieder vanuit de eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheid – te versterken.

2. Uitvoering Zvw

2.1 Inleiding

Zorgverzekeraars zijn verplicht om zich te houden aan de bepalingen uit de Zvw zoals de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. De NZa houdt hier toezicht op. Bij dit toezicht staat het algemeen consumentenbelang – de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg – centraal.

Via het uitvoeringsverslag of maatschappelijk verslag verantwoorden zorgverzekeraars zich jaarlijks over de uitvoering van de Zvw. De accountant[2] van de zorgverzekeraar onderzoekt het uitvoeringsverslag op de volgende punten:
- of het uitvoeringsverslag is opgesteld in overeenstemming met het door de NZa opgestelde informatiemodel;
- hoe de niet-financiële verantwoordingsinformatie tot stand is gekomen;
- of de eigen risico regeling is uitgevoerd volgens wet- en regelgeving;
- of bij collectieve contracten de wettelijke maximale kortingsgrens van 10% niet is overschreden;
- of de zorgverzekeraar zich heeft gehouden aan de wanbetalersregeling[3].

De accountant rapporteert de uitkomsten van zijn onderzoek in een rapport van feitelijke bevindingen. Het uitvoeringsverslag en het bijbehorende rapport van feitelijke bevindingen moet de zorgverzekeraar jaarlijks voor 1 juli bij de NZa indienen.

Nieuw is dat zorgverzekeraars bij het uitvoeringsverslag 2012 een bestuursverklaring moeten toevoegen. In de bestuursverklaring verklaart het bestuur van de zorgverzekeraar dat het uitvoeringsverslag juist is en niet strijdig met andere informatie. Alle zorgverzekeraars hebben het uitvoeringsverslag en de bestuursverklaring over 2012 inhoudelijk juist, tijdig en op de voorgeschreven wijze aangeleverd.

2.2 Analyse uitvoeringsverslagen

De NZa heeft de uitvoeringsverslagen en accountantsrapporten geanalyseerd. De voornaamste punten die hieruit naar voren komen:

Rapport van bevindingen
Bij alle zorgverzekeraars heeft de accountant vastgesteld dat het uitvoeringsverslag is opgesteld volgens de verantwoordingsvoorschriften. Bij een aantal zorgverzekeraars heeft de accountant opmerkingen gemaakt over de gevolgde procedure voor de totstandkoming van het uitvoeringsverslag.

Niet elke zorgverzekeraar heeft in 2012 controles uitgevoerd op de contractafspraken met zorgaanbieders. In een aantal gevallen ontbreken concrete voorbeelden zodat de informatie in het uitvoeringsverslag niet voldoende kan worden getoetst aan de onderliggende documenten.

---

[2] Onder voorwaarden mag ook de interne accountant van de zorgverzekeraar het rapport van bevindingen bij het uitvoeringsverslag Zvw afgeven.
[3] Op grond van de Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering zoals opgenomen in de Zvw. Op dit punt wordt niet nader ingegaan. Dit komt aan de orde in het rapport over de verevening.

De NZa analyseert en onderzoekt de bevindingen van de accountants, betrekt deze bij het vereveningsonderzoek en neemt zo nodig actie richting de betreffende zorgverzekeraars.

Acceptatieplicht en verbod op premiedifferentiatie
Alle zorgverzekeraars geven in hun uitvoeringsverslag aan de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie na te leven.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij aspirant verzekerden alleen weigeren bij betalingsachterstand of bij het ontbreken van een verzekeringsgrond. Het is wettelijk geregeld dat verzekerden bij een betalingsachterstand niet kunnen overstappen naar een andere zorgverzekeraar. Ook mogen zorgverzekeraars geen zorgverzekering sluiten met iemand die niet verzekerd is voor de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Er worden nauwelijks verzekerden geweigerd wegens fraude. Bij fraude mag de zorgverzekeraar waar de polis liep, een verzekerde vijf jaar lang weigeren. De acceptatieplicht van andere zorgverzekeraars blijft wel bestaan.

Twee zorgverzekeraars hebben relatief veel verzekerden geweigerd (of opgezegd) wegens betalingsachterstand. Dit komt omdat zij niet deelnemen aan de wanbetalersregeling. Wettelijk is dit toegestaan. Bij een betalingsachterstand van twee maandpremies is de zorgverzekeraar verplicht om de wanbetalersregeling toe te passen of anders de verzekerde te royeren. Daarnaast hoeven zorgverzekeraars geen verzekerden te accepteren die een betalingsachterstand hebben.

Alle zorgverzekeraars gebruiken het vrijwillig eigen risico als basis voor kortingen op de premie. Vrijwel alle zorgverzekeraars werken daarnaast met collectieve kortingen. Deze zijn volgens de uitvoeringsverslagen en bijbehorende accountantsrapporten nooit hoger dan de toegestane 10%. Verder maken bijna alle zorgverzekeraars gebruik van de mogelijkheid om bij vooruitbetaling een premiekorting te geven. Deze korting is maximaal 3%. Twee zorgverzekeraars geven geen collectiviteitskorting omdat zij dit zien als ‘verkapte premiedifferentiatie’. Hierbij halen zij voorbeelden aan van hoge kortingen voor het maximale eigen risico voor seizoenarbeiders en labels die zich op specifieke doelgroepen richten.

Uit de verantwoording van een zorgverzekeraar blijkt dat sommige tussenpersonen de premie voor verzekerden verlagen door het verlagen van hun provisie. Dit gedrag is bij bepaalde partijen terug te zien en valt binnen de huidige wettelijke kaders.

Zorgplicht
Alle zorgverzekeraars verantwoorden zich in het uitvoeringsverslag uitgebreid over naleving van de zorgplicht. Zowel voor aanspraken in natura als op basis van restitutie. Zorgverzekeraars geven aan dat zij de normen voor kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg voldoende waarborgen. Voor tijdigheid worden standaard (maximaal) de Treeknormen gebruikt. Voor kwaliteit en bereikbaarheid gebruiken zorgverzekeraars prestatie-indicatoren.

Continuïteit van zorg en (selectieve) zorginkoop zijn voor veel zorgverzekeraars belangrijke focuspunten. Zorginkoopmarkten worden afgebakend en geanalyseerd. Zorgverzekeraars geven aan dat zij contact onderhouden met zorgaanbieders en dat zij kwaliteitsafspraken opnemen in de contracten. Bijvoorbeeld over certificering van zorgaanbieders en opleiding van medewerkers. De aard van de afspraken is afhankelijk van het type zorg. Een aantal zorgverzekeraars maakt met zorgaanbieders afspraken over zorggaranties. Dat wil zeggen dat zorgaanbieders een garantie geven over wat patiënten bij bepaalde vormen van zorg van hen kunnen verwachten. Zoals de maximale duur van wachttijden.

Naast algemeen geldende normen en eisen voor kwaliteit van zorg en tijdigheid stellen zorgverzekeraars aanvullende eisen. Op basis van de gemaakte (kwaliteits)afspraken wordt in toenemende mate contractdifferentiatie toegepast. Dat houdt in dat zorgaanbieders die boven het basisniveau presteren of meer service bieden, daarvoor extra worden beloond. Zoals huisartsen die hun bereikbaarheid en tijdigheid vergroten door een avond-, nacht-, en weekendspreekuur.

Zorgverzekeraars geven aan dat zij de gemaakte afspraken over kwaliteit en tijdigheid regelmatig controleren, evalueren en zo nodig aanscherpen. Controle vindt niet alleen plaats door het gebruik van spiegelinformatie en benchmarking maar ook door het uitvoeren van audits en materiele controles. Daarnaast vraagt een aantal zorgverzekeraars hun verzekerden om feedback over de geleverde zorg.

Als zorgaanbieders minder presteren dan de algemeen geldende normen voor kwaliteit en tijdigheid kan dit gevolgen hebben voor het tarief dat zij ontvangen. Ook moeten zorgaanbieders in dat geval soms aanvullende opleidingen volgen. Als de kwaliteit van de zorg in het geding is dan schakelen zorgverzekeraars bovendien de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) in. In het uiterste geval beëindigen zorgverzekeraars het contract met zorgaanbieders die niet (meer) voldoen aan de gestelde eisen.

Zorgaanbieders worden gescreend op hun financiële gezondheid. Een aantal zorgverzekeraars gebruikt voor bepaalde zorgvormen een Early Warning System (EWS) om tijdig financiële problemen bij zorgaanbieders te signaleren. Daarnaast maken enkele zorgverzekeraars risicoprofielen van zorgaanbieders in bijvoorbeeld de medisch specialistische zorg en in de GGZ.

De mate waarin zorgverzekeraars zorg contracteren hangt af van de soort verstrekking, de regio en het kernwerkgebied van de zorgverzekeraar. Huisartsenzorg wordt op grote schaal gecontracteerd. Voor andere zorgvormen zoals kraamzorg wordt meer selectief gecontracteerd.

In 2012 verliep de contractering voor verzekerde mondzorg vaak moeizaam. Zorgverzekeraars gaven hiervoor onder meer als reden het experiment met vrije prijzen in de mondzorg en de gelijktijdige invoering van een nieuw prestatiesysteem met nieuwe codes. Bij medisch specialistische zorg is de contractering door verschillende oorzaken een langdurig proces. Zorgverzekeraars streven ernaar om de contractering te versnellen en sluiten in bepaalde gevallen contracten voor meerdere jaren. Veel zorgverzekeraars geven aan dat een overzicht met (voor het nieuwe polisjaar) gecontracteerde zorgaanbieders elk jaar ruim voor de jaarwisseling op de website staat. Een zorgverzekeraar geeft aan dat deze dit overzicht wekelijks bijwerkt.

Zorgverzekeraars noemen een aantal knelpunten voor bepaalde zorgvormen in enkele regio's. Zoals gecontracteerde mondzorg en huisartsenzorg. Ondanks enkele knelpunten zijn er geen signalen dat de zorgplicht in het gedrang komt. Het gecontracteerde zorgaanbod is doorgaans voldoende. Een aantal zorgverzekeraars geeft aan ook in het buitenland (België en Duitsland) te contracteren. Bijvoorbeeld om wachttijden te voorkomen. Bij knelpunten zoeken en vinden zorgverzekeraars tijdig alternatieven, zowel voor de korte als voor de langere termijn.

Alle zorgverzekeraars besteden aandacht aan informatieverstrekking en transparantie. De informatie voor verzekerden moet voldoende duidelijk en begrijpelijk zijn. De kwaliteit van de verstrekte informatie proberen zorgverzekeraars te borgen door opleidingen voor de medewerkers en interne up-to-date informatiesystemen.

Zorgverzekeraars communiceren niet alleen telefonisch en via hun website, maar ook met brochures en folders, gratis magazines, digitale nieuwsbrieven, apps, een eindejaar mailing en persoonlijke brieven. Veel zorgverzekeraars hebben speciale afdelingen voor wachtlijstbemiddeling en de afhandeling van klachten. Zorgconsulenten beantwoorden zorginhoudelijke vragen. Daarnaast bieden zorgverzekeraars hun verzekerden een eigen afgeschermde internet ('mijn') omgeving met steeds meer mogelijkheden. Verzekerden vinden hier een overzicht van hun zorgkosten, post, facturen en declaraties. Bovendien hebben zorgverzekeraars vaste of mobiele informatieloketten. Zorgverzekeraars zetten steeds meer in op digitale informatie-uitwisseling.

Voor het verbeteren van hun dienstverlening maken zorgverzekeraars in toenemende mate gebruik van de input van verzekerden. Ook wordt informatie van verzekerden gebruikt bij de inkoop van zorg. Zorgverzekeraars streven ernaar om de kwaliteit van zorg transparanter te maken voor verzekerden.

De zorgplicht leeft ook bij de verzekerden. Een zorgverzekeraar geeft aan dat meer dan een derde van het aantal in 2012 ontvangen klachten betrekking had op de zorgplicht.

2.3 Acceptatieplicht

De acceptatieplicht (artikel 3 Zvw) is de verplichting voor zorgverzekeraars om iedere verzekeringsplichtige voor de zorgverzekering te accepteren. Dit geldt niet voor de aanvullende verzekering. Hiervoor mogen zorgverzekeraars een acceptatiebeleid voeren en medische selectie toepassen.

De NZa heeft in 2012 geen signalen ontvangen over de acceptatieplicht.

Uit het onderzoek van de uitvoeringsverslagen en de werkzaamheden die de NZa in 2012 (en tot de rapportdatum) heeft verricht, volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars de acceptatieplicht niet hebben nageleefd. Vanwege het belang van deze publieke randvoorwaarde verricht de NZa in 2013 aanvullend onderzoek naar de acceptatieplicht voor de basisverzekering.

2.4 Verbod premiedifferentiatie

Het verbod op premiedifferentiatie is geregeld in artikel 17 Zvw. Zorgverzekeraars moeten voor elke variant van de basisverzekering (polis) voor alle verzekerden dezelfde premie hanteren. Wel mogen zij korting geven op de premiegrondslag als de verzekerde kiest voor een vrijwillig eigen risico. Daarnaast is het bij collectiviteiten toegestaan om te differentiëren in de premiegrondslag. De maximale toegestane korting voor een collectiviteit is 10%.

De NZa heeft in 2012 geen signalen ontvangen over de overtreding van het verbod op premiedifferentiatie. Alle zorgverzekeraars gaven in hun uitvoeringsverslag aan dat zij zich aan dit verbod hebben gehouden.

Ook uit de onderzoeken die de NZa in 2012 heeft verricht volgen geen indicaties dat het verbod op premiedifferentiatie is overtreden.

Vrijwel alle zorgverzekeraars geven betalingskorting bij vooruitbetaling van de premie (bijvoorbeeld per jaar). Bovendien geeft een aantal zorgverzekeraars 'nieuwe' verzekerden (die vanuit een ander concern naar hen overstappen) een tijdelijke premiekorting[4]. Dat is toegestaan en bevordert de concurrentie.

2.5 Zorgplicht

De zorgplicht van zorgverzekeraars (artikel 11 Zvw) is de verplichting om ervoor te zorgen dat de verzekerde de (vergoeding van) zorg krijgt waar hij of zij recht op heeft. Zorgverzekeraars zijn vrij om te kiezen welke zorgaanbieders zij hiervoor contracteren. Zij zijn dus niet verplicht om met alle zorgaanbieders een overeenkomst te sluiten. De NZa heeft de zorgplicht uitgewerkt in de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars (Zvw) (TH/BR-006). Deze beleidsregel wordt op dit moment geactualiseerd.

Per 1 mei 2012 heeft de NZa concrete normen opgesteld voor mondzorg. Dit betreft de volgende normen voor (sub)acute mondzorg:
- Bij een acute indicatie kan de noodzakelijke hulp niet worden uitgesteld en moet deze zo spoedig mogelijk worden verleend.
- Bij een acute behoefte aan mondzorg wordt de noodzakelijke zorg uiterlijk binnen één uur geleverd.
- Bij een subacute indicatie (dringende zorg) kan de noodzakelijke hulp niet te lang worden uitgesteld en moet deze binnen enkele uren worden verleend.
- Bij een subacute behoefte aan mondzorg wordt de noodzakelijke zorg uiterlijk binnen 24 uur geleverd.

Deze normen zijn opgenomen in de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht.

Zorgverzekeraars verantwoorden zich in hun jaarlijkse uitvoeringsverslagen over naleving van de zorgplicht. Zie hiervoor paragraaf 2.2 (onder *Zorgplicht)*. Bovendien doet de NZa zelf actief onderzoek naar naleving van de zorgplicht en behandelt ontvangen signalen.

---

[4] Verzekerden die binnen één concern overstappen naar een andere zorgverzekeraar worden niet als 'nieuwe' verzekerden beschouwd.

Consultatieronde medisch specialistische zorg
De zorgplicht in de Zvw en de normen voor toegankelijkheid, bereikbaarheid en betaalbaarheid van de zorg zijn open normen. Een open norm is een algemene norm die inhoudelijk niet is ingevuld. Zo nodig kan een open norm nader worden ingevuld of uitgewerkt. Bijvoorbeeld door het veld, de NZa of een rechterlijke uitspraak.

In 2012 heeft de NZa een consultatieronde gehouden om te onderzoeken hoe zorgverzekeraars omgaan met de open normen voor medisch specialistische zorg. Daarbij zijn gesprekken gevoerd met een aantal zorgverzekeraars, de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) en de Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). In deze gesprekken stond de vraag centraal of het noodzakelijk is om voor de medisch specialistische zorg de open norm zorgplicht nader in te vullen.

Uit de uitkomsten van de consultatieronde concludeert de NZa dat de huidige open normen op dit moment voldoen. Zorgverzekeraars contracteren breed, waardoor er geen problemen zijn om verzekerden de benodigde zorg te leveren. Daarnaast is uit de consultatie niet gebleken dat zorgverzekeraars het bestaande toezichtkader voor de zorgplicht anders interpreteren dan de NZa. Deze conclusies worden ondersteund door de analyse van de signalen die de NZa over de zorgplicht ontvangt. De huidige normering lijkt op dit moment dus te voldoen. De NZa ziet op dit moment dan ook geen aanleiding om de normen voor medisch specialistische zorg nader in te vullen.

Aangezien zorgverzekeraars in toenemende mate selectief zorg inkopen houdt de NZa de naleving van de zorgplicht nauwlettend in de gaten. De partijen die de NZa heeft geconsulteerd geven aan dat de normen die er nu zijn voldoende houvast bieden om het naleven van de zorgplicht te borgen. Mochten zorgverzekeraars en zorgaanbieders alsnog van mening zijn dat bestaande normen moeten worden aangescherpt of nieuwe normen nodig zijn om verantwoorde en adequate zorgverlening te waarborgen, dan vindt de NZa dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders dit zelf moeten oppakken.

Signalen zorgplicht
De NZa ontving in 2012 relatief veel signalen over de zorgplicht. Vooral over de vergoeding van mondzorg en het preferentiebeleid farmacie. Daarnaast is een aantal signalen ontvangen over individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders.

Signalen over de mondzorg hadden met name betrekking op de dekking van de basisverzekering voor minderjarigen en op de vergoeding van zorg geleverd door niet-gecontracteerde mondzorgaanbieders. Per 2012 zijn de tarieven voor mondzorg vrijgegeven.

Mondzorg voor minderjarigen valt onder de dekking van de Zvw. Verzekerden gingen er daarom van uit dat zij deze kosten volledig vergoed zouden krijgen. Als gevolg van het vrijgeven van de prijzen hadden verschillende zorgverzekeraars vergoedingslimieten bepaald. Dat wil zeggen: een bedrag per prestatie vastgesteld dat maximaal aan de verzekerde wordt vergoed. Als een mondzorgaanbieder een hogere prijs in rekening bracht dan moest de verzekerde het verschil meestal zelf betalen. Dit leidde tot signalen over niet volledige vergoeding van kosten van mondzorg voor minderjarigen en veel publiciteit. Per 1 januari 2013 is het experiment vrije prijzen stopgezet. Dat wil zeggen dat de NZa weer maximumtarieven voor mondzorg vaststelt.

Bij de signalen over farmacie speelden twee zaken een rol. Ten eerste zijn apothekers op verzoek van de zorgverzekeraars recepten beter gaan controleren. Niet alle kosten waren medisch noodzakelijk waardoor bepaalde medicijnen soms niet meer door de zorgverzekeraar werden vergoed. Ten tweede ontstaat door het preferentiebeleid soms een onduidelijke situatie voor verzekerden. De verpakking en het volume van medicijnen wisselt. Bovendien moeten verzekerden meer bijbetalen vanwege een hoger eigen risico. Ook dit leidde tot veel publiciteit in de media.

2.6 Modelovereenkomsten

De NZa heeft in 2012 een aantal signalen ontvangen over de modelovereenkomsten. Meldingen betroffen met name transparantie. Het is voor verzekerden niet altijd duidelijk waar zij op basis van hun zorgverzekering recht op hebben of welk zorgaanbod door hun zorgverzekeraar is gecontracteerd. Zo nodig worden zorgverzekeraars hier op aangesproken. Zie hierover ook paragraaf 3.1.

In 2012 konden consumenten kiezen uit 60 zorgverzekeringen van 26 zorgverzekeraars verdeeld over negen concerns. Een aantal van deze verzekeringen is identiek maar wordt aangeboden onder een andere naam of ander label. Er zijn in 2012 geen geheel nieuwe modelovereenkomsten op de markt gebracht.

Beoordeling modelovereenkomsten
Zorgverzekeraars moeten elk jaar hun nieuwe of gewijzigde modelovereenkomsten bij de NZa indienen. Vanaf polisjaar 2012 beoordeelt de NZa gewijzigde polissen alleen nog op verzoek. Zorgverzekeraars kunnen zelf nagaan of hun polissen voldoen aan de Zvw. De NZa brengt hiervoor in samenwerking met het CVZ jaarlijks een toetsingskader en standpuntenlijst uit. Bovendien ontvangen zorgverzekeraars zo nodig tussentijds een nieuwsbrief.[5]

Bestuurlijk rechtsoordeel
Zorgverzekeraars kunnen een gewijzigde polis voorleggen aan de NZa. Samen met het CVZ controleert de NZa of de wijzigingen voldoen aan de Zvw.[6] Vervolgens geeft de NZa een bestuurlijk rechtsoordeel. Het oordeel heeft uitsluitend betrekking op de voorgelegde wijzigingen Eventuele onvolkomenheden in de modelovereenkomst moet de zorgverzekeraar aanpassen. Een modelovereenkomst die niet voldoet aan de voorwaarden uit de Zvw is geen zorgverzekering. De NZa kan de betreffende zorgverzekeraar in het uiterste geval verplichten om een dergelijke polis van de markt te halen.

Steekproeven
Zorgverzekeraars zijn niet verplicht om de NZa een bestuurlijk rechtsoordeel te vragen. Het is de eigen verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar om te zorgen dat de verzekeringspolis voldoet aan de voorwaarden uit de Zvw. Om dit te controleren voert de NZa elk jaar een steekproefsgewijze controle uit van alle op de markt gebrachte modelovereenkomsten. In 2012 zijn in totaal negen modelovereenkomsten van verschillende zorgverzekeraars volledig getoetst door NZa en CVZ. De opmerkingen zijn teruggekoppeld naar de zorgverzekeraars. De gevraagde aanpassingen zijn inmiddels verwerkt.
Gecontracteerde zorg

[5] Toetsingskader, standpuntenlijst en nieuwsbrieven zijn beschikbaar op www.nza.nl.
[6] De procedure voor de beoordeling is vastgelegd in NZa Beleidsregel bestuurlijk rechtsoordeel modelovereenkomsten (TH/BR-002), beschikbaar op www.nza.nl.

Artikel 13 Zvw regelt de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg. Bij een modelovereenkomst met gecontracteerde zorg hoeft de zorgverzekeraar de kosten van zorg geleverd door niet-gecontracteerdezorgaanbieders niet volledig te vergoeden. Het artikel stelt geen ondergrens aan de vergoeding zolang deze geen € 0,- of 0%. Als een verzekerde ervoor kiest om naar een niet-gecontracteerdezorgaanbieder te gaan dan mag de zorgverzekeraar een korting op de vergoeding toepassen en zelf de hoogte van de korting bepalen.

Op dit moment is een wetsvoorstel[7] in behandeling om artikel 13 Zvw aan te passen. Zorgverzekeraars krijgen de mogelijkheid om in hun modelovereenkomsten met gecontracteerde zorg de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg geheel uit te sluiten. Dat betekent dat zij polissen mogen aanbieden waarin zij geen vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg meer hoeven te geven.
Hierop is een aantal uitzonderingen. Zo geldt voor lopende behandelingen dat de zorgverzekeraar wél de volledige kosten moet vergoeden. Voor spoedzorg geldt dat de kosten tot marktconform niveau vergoed moeten worden.

De voorgenomen wijziging brengt mee dat het voor verzekerden nog belangrijker wordt om te weten welke zorgaanbieders hun zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Het wetsvoorstel bevordert dat zorgverzekeraars dit uiterlijk zes weken voor het begin van het nieuwe polisjaar bekend maken.

2.7 Conclusie

Uit in 2012 verrichte toezichtactiviteiten en ontvangen signalen volgen geen indicaties dat zorgverzekeraars zich niet hebben gehouden aan hun wettelijke verplichtingen: de acceptatieplicht, het verbod op premiedifferentiatie en de zorgplicht. Ook uit de analyse van de uitvoeringsverslagen en bijbehorende accountantsrapporten volgen geen belangrijke onjuistheden over de uitvoering van de wettelijke verplichtingen. Zo nodig betrekt de NZa enkele bevindingen in vervolgonderzoeken.

Alle zorgverzekeraars verantwoorden zich in het uitvoeringsverslag uitgebreid over de verschillende aspecten van de zorgplicht. Zorgverzekeraars geven aan dat zij kwaliteit, tijdigheid en bereikbaarheid van zorg voldoende waarborgen. En dat zij zich voldoende voorbereiden op eventuele problemen met de continuïteit van zorg.

Op grond van de in 2012 gehouden consultatieronde medisch specialistische zorg ziet de NZa op dit moment geen aanleiding om de open normen voor de zorgplicht nader in te vullen. Als in de praktijk alsnog behoefte blijkt aan nadere invulling dan vindt de NZa dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders dit zelf moeten oppakken.

De NZa ontving in 2012 relatief veel signalen over de zorgplicht. Vooral over de vergoeding van mondzorg en het preferentiebeleid farmacie. Belangrijke oorzaken hiervan zijn onder andere het in 2012 vrijgeven van de tarieven voor mondzorg en de verhoging van het wettelijk verplichte eigen risico.

[7] Kamerstukken II 2011/12, 33 362, nr. 2.

3. Transparantie

3.1 Inleiding

Transparantie is een continu speerpunt in het toezicht van de NZa. Onder transparantie verstaan we dat keuze-informatie voor consumenten beschikbaar is en dat consumenten deze informatie eenvoudig kunnen vergelijken. Zoals informatie over de diensten en de prijzen die hiervoor gelden. De beschikbaarheid van goede informatie is voor consumenten essentieel om een weloverwogen keuze kunnen maken voor een zorgverzekeraar, zorgverzekeringspolis en zorgaanbieder.

Het toezicht op informatieverstrekking door zorgverzekeraars is gebaseerd op de Wmg. Strikt genomen valt transparantie daarmee buiten het bestek van dit rapport. Transparantievereisten zijn echter rechtstreeks van belang voor bepaalde onderdelen van de Zvw. Zoals de keuze voor een bepaalde zorgverzekeringspolis. Daarom komt transparantie in dit rapport aan de orde.

De NZa houdt toezicht op transparantie via het jaarlijkse onderzoek van de self assessments van zorgverzekeraars en via signalen. In 2012 ontvingen wij relatief veel signalen over transparantie en misleidende of onjuiste informatieverstrekking.

De NZa heeft actie ondernomen om de transparantie te verbeteren door het onderzoek naar de self assessments en het onderzoek naar de transparantie bij selectieve contractering. Zie hiervoor paragraaf 3.2.

De NZa ontving ook een behoorlijk aantal signalen dat het voor verzekerden soms moeilijk is om inzicht te krijgen in rekeningen van zorgaanbieders. Zorgverzekeraars gebruiken vaak ten onrechte ‘privacy’ als argument waarom ze geen specificatie van een rekening kunnen of willen verstrekken en verwijzen hun verzekerden naar de zorgaanbieder. De NZa is alert hoe dit zich ontwikkelt en neemt zo nodig actie.

3.2 Self assessment

In december 2012 heeft de NZa de nieuwe beleidsregel Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars en volmachten 2012 (TH/BR-007) gepubliceerd. Hierin staat welke informatie zorgverzekeraars aan verzekerden moeten verstrekken. De NZa doet voortdurend onderzoek naar de naleving van deze beleidsregel. Een instrument daarvoor is het jaarlijkse self assessment (SA) onder zorgverzekeraars. In het SA moeten zorgverzekeraars aangeven of zij aan de gestelde eisen voldoen. Als zorgverzekeraars niet of niet volledig aan de eisen voldoen dan moeten zij aangeven welke verbetermaatregelen zij hiervoor nemen. Wij zien er vervolgens op toe dat zorgverzekeraars deze maatregelen daadwerkelijk uitvoeren.

Naar aanleiding van de ingevulde self-assessments heeft de NZa begin 2013 de websites van zorgverzekeraars specifiek gecontroleerd op een drietal toetspunten. Te weten: het gecontracteerde zorgaanbod, het preferentiebeleid geneesmiddelen en het vergoedingenoverzicht. Van de 46 gecontroleerde websites:

- voldeden elf websites van zes zorgverzekeraars niet volledig aan het toetspunt ‘het gecontracteerde zorgaanbod’. Vooral het punt hoe vaak de lijst met gecontracteerde zorgaanbieders wordt geactualiseerd;
- voldeden zeven websites, van vijf zorgverzekeraars niet volledig aan het toetspunt ‘het preferentiebeleid geneesmiddelen’. Vooral ontbrak informatie over welk middel wordt vergoed als het preferente middel niet beschikbaar is.

De zorgverzekeraars zijn hierop aangesproken. Al deze zorgverzekeraars hebben hun informatie aangepast zodat zij nu wel voldoen aan de gestelde eisen.

3.3 Transparantie selectief contracteren

Zorgverzekeraars die selectief zorg inkopen moeten hun verzekerden goed informeren over het door hen gecontracteerde zorgaanbod en over de vergoeding die de verzekerde krijgt bij gebruik van niet-gecontracteerde zorg.

Zorgverzekeraars zijn verplicht om op hun website informatie te plaatsen over het gecontracteerd zorgaanbod. De NZa vindt het van belang dat zorgverzekeraars ook actief, via andere kanalen dan de website, hun verzekerden wijzen op de mogelijke gevolgen van selectief contracteren. Dit om te voorkomen dat verzekerden voor verrassingen komen te staan als voor hen iets belangrijks verandert. Daarom heeft de NZa onderzoek gedaan naar de informatieverstrekking over dit onderwerp. Het is aan de zorgverzekeraars om concrete invulling te geven aan een duidelijke informatieverstrekking.

Het algemene beeld uit het onderzoek is dat zorgverzekeraars die selectief contracteren hier aandacht aan schenken in de informatieverstrekking aan verzekerden. De informatieverstrekking is met name reactief: alle zorgverzekeraars informeren hun verzekerden op het moment dat zij om informatie vragen. Slechts één grote zorgverzekeraar heeft zijn verzekerden actief geïnformeerd door middel van een brief.

De NZa ziet graag dat andere zorgverzekeraars hier een voorbeeld aan nemen. Het is belangrijk dat zorgverzekeraars hun verzekerden ook actief informeren zodat deze niet voor verrassingen komen te staan als voor hen iets relevants verandert. Bijvoorbeeld via een digitale nieuwsbrief of een magazine. De keuze voor het meest geschikte medium is aan de zorgverzekeraar.

Waar de informatieverstrekking onvoldoende was zijn zorgverzekeraars hier op aangesproken. Al deze zorgverzekeraars hebben de informatie op hun website inmiddels verbeterd.

3.4 Conclusie

De NZa heeft in 2012 actie ondernomen om de transparantie van informatieverstrekking door zorgverzekeraars te verbeteren. Onder meer door self assessments bij zorgverzekeraars en door het uitvoeren van onderzoek naar informatieverstrekking bij selectief contracteren.

De self assessments zijn gecontroleerd op de toetspunten gecontracteerd zorgaanbod, het preferentiebeleid geneesmiddelen en het vergoedingenoverzicht. Vooral de informatieverstrekking over het gecontracteerd zorgaanbod en het preferentiebeleid geneesmiddelen was niet altijd volledig. De betreffende zorgverzekeraars zijn hierop aangesproken waarna zij hun informatieverstrekking hebben aangepast. De informatie is nu in lijn met de beleidsregel 'Informatieverstrekking'.

Uit het onderzoek naar transparantie bij selectief contracteren blijkt dat zorgverzekeraars hun verzekerden vooral na vragen (reactief) informeren over (de gevolgen van) selectief contracteren. De NZa ziet graag dan zorgverzekeraars hun verzekerden ook meer actief informeren.

4. Vooruitblik 2013

4.1 Overmacht

Per 1 januari 2013 heeft de NZa geen steunbeleid meer. Uitgangspunt is geen overheidsverantwoordelijkheid bij faillissementen van zorgaanbieders. De zorgverzekeraar is op grond van zijn zorgplicht als eerste verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorg. Uitsluitend voor cruciale zorg en in overmachtsituaties is er nog een rol voor de overheid. Onder cruciale zorg wordt verstaan: ambulancezorg, spoedeisende hulp, acute verloskunde, crisisopvang GGZ en alle AWBZ-zorg.

Wanneer door omstandigheden de beschikbaarheid van zorg in het gedrang komt dan moet de zorgverzekeraar zorgen voor continuering van die zorg. Het kan zijn dat de zorgverzekeraar hier niet aan kan voldoen. In het uiterste geval en uitsluitend voor cruciale zorg kan de zorgverzekeraar zich dan beroepen op overmacht.

De NZa heeft per 1 januari 2013 de nieuwe beleidsregel Overmacht continuïteit van zorg (TH/BR-008) ingevoerd. Deze beleidsregel is alleen van toepassing op cruciale zorg en geeft aan hoe zorgverzekeraars een situatie van overmacht bij de NZa kunnen melden en hoe wij dit toetsen.

Als zorgverzekeraars buiten hun schuld niet kunnen voldoen aan de zorgplicht voor cruciale zorg dan kan sprake zijn van overmacht. Zorgverzekeraars moeten een overmachtsituatie schriftelijk bij de NZa melden. In de melding moeten zij duidelijk aangeven welke inspanningen zij hebben verricht om op een alternatieve manier aan hun zorgplicht te voldoen en waarom dit niet is gelukt. De NZa toetst op basis van de door de zorgverzekeraar aangeleverde informatie of het beroep op overmacht terecht is.

De NZa informeert het ministerie van VWS over de uitkomst van haar toetsing. Als sprake is van overmacht dan kan de minister besluiten om een vangnetstichting op te richten. Deze vangnetstichting is bedoeld om de continuïteit van de betreffende vorm van cruciale zorg te waarborgen. De vangnetstichting kan vervolgens bij de NZa een beroep doen op een beschikbaarheidbijdrage. Deze bijdrage is bedoeld voor de kosten van oprichting en overige noodzakelijke kosten die direct te maken hebben met het overnemen van de zorgactiviteiten. De procedure staat beschreven in NZa beleidsregel Beschikbaarheidsbijdrage continuïteit van zorg (AL/BR-0013).

Als geen sprake is van overmacht dan moet de zorgverzekeraar zélf de continuïteit van zorg waarborgen. Bijvoorbeeld door de zorg elders in te kopen. De verantwoordelijkheid voor het oplossen van problemen bij de continuïteit van zorg ligt immers primair bij de zorgverzekeraars. Als de zorgverzekeraar hierin onvoldoende verantwoordelijkheid neemt en hierdoor niet voldoet aan zijn zorgplicht dan kan de NZa zo nodig handhavingsinstrumenten inzetten.

4.3 Vergoeding niet-gecontracteerde zorg

Begin 2013 heeft de rechtbank Zeeland-West-Brabant in kort geding een uitspraak gedaan over de hoogte van de vergoeding van niet-gecontracteerde zorg.[8] In juli 2013 is deze uitspraak in hoger beroep bekrachtigd door het gerechtshof in 's Hertogenbosch.[9] Een zorgverzekeraar gaf een vergoeding van 50% voor niet-gecontracteerde tweedelijns GGZ. De rechter oordeelde, in afwijking van de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht van de NZa, dat dit te laag was en daarom een belemmering vormde voor het inroepen van deze zorg. De vergoeding moest minimaal gelijk zijn aan de vergoeding in 2012 (75%).

4.4 Transparantie zorgkosten

Begin 2013 heeft de minister van VWS toegezegd dat de rekening voor zorgkosten voor de verzekerde herkenbaar en begrijpelijk gemaakt moet worden.[10] In 2014 moet de terugkoppeling van de zorgkosten gerealiseerd zijn via de digitale weg. Een kostenoverzicht op papier moet beschikbaar blijven voor verzekerden die geen toegang hebben tot digitale informatie. De minister bekijkt ook of het mogelijk is om verzekerden vooraf inzicht te geven in de kosten van zorg.

Een beter inzicht is goed voor een gepast en beheerst gebruik van zorg. Verzekerden kunnen nota's beter controleren en onjuistheden in declaraties signaleren. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg.

De minister heeft aangekondigd dat wet- en regelgeving waar nodig wordt aangescherpt.[11] De NZa wordt mogelijk bevoegd om zorgverzekeraars te verplichten om hun verzekerden een volledig, juist, inzichtelijk, begrijpelijk en controleerbaar overzicht te geven van betalingen aan zorgaanbieders, het verrekende eigen risico en de ingehouden eigen bijdragen.

4.5 Zorgplicht farmacie

Op grond van ontvangen signalen en bevindingen uit de marktscan farmacie[12] heeft de NZa in 2013 onderzoek gedaan naar naleving van de zorgplicht door zorgverzekeraars. Dit onderzoek is uitgevoerd met inbreng van individuele zorgverzekeraars en de branche-organisatie van openbare apothekers. Deze inbreng gaf ons aanleiding tot nader onderzoek naar zorgplicht op de volgende onderwerpen:
- 1. Medicatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn;
- 2. Beschikbaarheid preferente geneesmiddelen;
- 3. Dienstapotheken;
- 4. Medicatiebeoordeling.

De NZa concludeert dat zorgverzekeraars de zorgplicht op de punten 2 tot en met 4 (beschikbaarheid preferente geneesmiddelen,

---

[8] Rechtbank Zeeland-West-Brabant 14 maart 2013, ECLI:NL:RZWB:2013:BZ4071, C/02/259832 / KG ZA 13-79.
[9] Gerechtshof 's Hertogenbosch 9 juli 2013, ECLI:NL:GHSHE:2013:2971.
[10] Kamerbrief van 14 mei 2013 over kostenbewustzijn in de zorg (zaaknummer 102636: beschikbaar via www.rijksoverheid.nl).
[11] Kamerbrief van 16 september 2013 over plan van aanpak bestrijding fraude in de zorg, bijlage bij Plan van aanpak fraude in de zorg (beschikbaar via www.rijksoverheid.nl).
[12] Marktscan Extramurale Farmaceutische zorg van februari 2013, beschikbaar via www.nza.nl.

dienstapotheken en medicatiebeoordeling) voldoende naleven. Bij punt 1 (medicatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn) is geconstateerd dat géén van de zorgverzekeraars bepaalde prestaties expliciet bij zowel eerste als tweedelijns apotheken inkoopt. De meeste zorgverzekeraars stellen dat zij de prestaties in de eerste lijn wel inkopen, maar deze verdisconteren in het tarief voor terhandstelling. Dit is niet expliciet en ondubbelzinnig uit alle contracten op te maken. Ook zijn er zorgverzekeraars die deze prestaties niet in de eerste lijn, maar alleen in de tweede lijn hebben ingekocht. De NZa heeft niet kunnen vaststellen dat verzekerden onvoldoende zorg hebben ontvangen of dat er een incident heeft plaatsgevonden.

De NZa heeft zorgverzekeraars aangesproken op een goede en duidelijke inkoop van prestaties. Dit onderzoek krijgt in 2014 een vervolg. Zo nodig zal de NZa formele maatregelen nemen als zorgverzekeraars hun zorgplicht niet of onvoldoende naleven.

4.6 Conclusie

Per 1 januari 2013 heeft de NZa geen steunbeleid meer. Uitgangspunt is geen overheidsverantwoordelijkheid bij faillissementen van zorgaanbieders. De zorgverzekeraar is als eerste verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorg. Uitsluitend voor cruciale zorg en in overmachtsituaties is er nog een rol voor de overheid. Als de zorgverzekeraar de beschikbaarheid van cruciale zorg niet meer kan waarborgen dan kan deze bij de NZa een beroep doen op overmacht. Voorwaarde is dat de zorgverzekeraar buiten zijn schuld niet kan voldoen aan de zorgplicht voor cruciale zorg. De NZa toetst of het beroep op overmacht terecht is en informeert het ministerie van VWS over de uitkomst van haar toetsing. Bij overmacht kan de minister besluiten om een vangnetstichting op te richten.

In 2013 heeft een aantal rechters zich uitgesproken over de vergoeding voor niet-gecontracteerde zorg. In afwijking van de beleidsregel Toezichtkader zorgplicht van de NZa oordeelde de rechter dat een vergoeding van 50% te laag was en daarom een belemmering vormde voor het inroepen van de betreffende zorg.

Zorgverzekeraars moeten hun verzekerden een volledig, juist en controleerbaar overzicht verstrekken van de betalingen aan zorgaanbieders, het verrekende eigen risico en de ingehouden eigen bijdragen. Op die manier kunnen verzekerden declaraties beter controleren en eventuele onjuistheden signaleren. Dit draagt bij aan de betaalbaarheid van de zorg. De NZa wordt mogelijk bevoegd om deze verplichting bij zorgverzekeraars af te kunnen dwingen.

In 2013 heeft de NZa onderzoek gedaan naar naleving van de zorgplicht voor farmacie. Dit onderzoek is uitgevoerd met inbreng van individuele zorgverzekeraars en de branche-organisatie van openbare apothekers. Zorgverzekeraars zijn aangesproken op een goede en duidelijke inkoop van prestaties. Dit onderzoek krijgt in 2014 een vervolg. Zo nodig zal de NZa formele maatregelen nemen als zorgverzekeraars hun zorgplicht niet of onvoldoende naleven.